

*IV Международная (74 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

2. Кулаков В.И. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом срока гестации / Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. // Журнал акушерство и женские болезни. – 2002. - №2. – С.13-17.
3. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации. Преждевременные роды. 2016. [Электронный ресурс]. URL: <https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/prezhdevre..> (дата обращения: 25.12.2018).
4. Behrman RE. Preterm birth: causes, consequences, and prevention / Behrman RE, Stith Butler A. – Washington, DC : National Academies Press, 2007.
5. Dodd JM et al. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth [Электронный ресурс] // The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews –2006.- URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16437505/> (дата обращения:25.12.2018).
6. Acaia B. Progesterone for Maintenance Tocolysis in Women With a Short Cervix: A Randomized Controlled Trial / Acaia B, Benedetto C, Di Tommaso M, D'Amico R, Facchinetti F, Locatelli A, Marozio L, Pignatti L, Spitaleri M, Vergani P, Vicini R, Zaina B. - Obstet Gynecol. – 2017.- 130(1):64.
7. Celik E. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix./ Celik E, Fonseca EB, Nicolaides K.H., Parra M, Singh M. - New England Journal of Medicine. -2007.-357: 462-469.
8. Culhane J.F. Epidemiology and causes of preterm birth / Culhane J.F., Goldenberg R.L., Iams J.D. - Lancet. – 2008. – Vol. 371. – P.75-84.
9. Gravett M.G. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science / Gravett M.G., Nunes T.M. , Rubens C.E. // BMC Pregnancy Childbirth. – 2010. – Vol. 10. Suppl 1. – P.S2.
10. Cetingoz E. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data / Cetingoz E., Conde-Agudelo A., Creasy G.W., Da Fonseca E., Hassan S.S., Nicolaides K.H., O'Brien J.M., Romero R. // Am J Obstet Gynecol. - 2018.-218(2):161.
11. Nagele F. Oral dydrogesterone treatment during the first trimester of pregnancy: the prevention of miscarriage study (PROMIS). A double-blind, prospectively randomized, placebo-controlled, parallel group trial. / Nagele F., Hefler L., Walch K.// J Matern Fetal Neonatal Med. -2005.- 18 (4): 265–9.

УДК 616-018.2-007.17

Мещерякова М.В., Дианова Д.А., Яхонтова А.В., Майтесян М.М., Акимова А.В., Палабугина П.А.

**КОРРЕЛЯЦИЯ ВНЕШНИХ ПРИЗНАКОВ ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С РАЗМЕРАМИ ЖЕНСКОГО ТАЗА**

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Meshcheryakova M.V., Dianova D.A., Yakhontova A.V., Maytesyan M.M.,
Akimova A.V., Palabugina P.A.**

**THE INTERDEPENDENCE OF EXTERNAL SIGNS OF CONNECTIVE
TISSUE DYSPLASIA AND THE FORMATION OF THE FEMALE PELVIS**

Hospital Therapy and Emergency Medicine Department

Urals State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: punky-mary@mail.ru

Аннотация. Проведено исследование 45 студенток Уральского государственного медицинского университета. Оценена корреляция антропометрических показателей и внешних признаков дисплазии соединительной ткани с размерами женского таза. Выявили меньшие пельвиометрические показатели у девушек с низким ростом, весом, длиной кисти и стопы, признаками гипермобильности суставов.

Annotation. 45 students of the Ural State Medical University were researched. The correlation of anthropometric indices and external signs of connective tissue dysplasia with the size of the female pelvis is estimated. They revealed smaller pelviometric indices for girls with low height, weight, length of hand and foot, and signs of joint hypermobility.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, размеры таза, пельвиометрия, девушки.

Keywords: connective tissue dysplasia, pelvic sizes, pelviometry, young women.

Введение

Под термином «дисплазия соединительной ткани» (ДСТ) подразумевается аномалия тканевой структуры, проявляющаяся в снижении содержания отдельных видов коллагена или нарушении их соотношения [3]. Накопленный за последние годы клинический опыт диктует необходимость целенаправленного изучения проблемы ДСТ в акушерско-гинекологической практике.

Фрагментарные сообщения о проявлениях ДСТ, характеризующих репродуктивную систему, не дают оснований выделить их в категорию «маркеров», характерных для данной системы. В то же время недостаточное внимание к экстрагенитальным проявлениям ДСТ в акушерских ситуациях может иметь витальные последствия.

Следует отметить роль магния в патогенезе ДСТ и отдельных ее проявлений. Так, известно, что ионы магния участвуют в процессах синтеза

коллагена фибробластами [2], поэтому магниевый дефицит можно отнести к факторам, вызывающим развитие НДСТ.

Актуальность изучения ДСТ в акушерско-гинекологической практике определяется тем, что это состояние может лежать в основе ургентных ситуаций (гипотонические кровотечения), увеличивать частоту осложнений беременности и приводить к репродуктивным потерям (невынашивание беременности). В развитии акушерских осложнений считается необходимым учитывать нарушение функции эндокринной системы и тканевой дефицит магния, однако характер этого влияния не уточняется. Необходимо подчеркнуть, что именно препараты магния в настоящее время являются наиболее известным эмпирически используемым средством в лечении различных осложнений беременности. Возможно, такая терапия отвечает патогенетическим механизмам, связывающим относительный дефицит магния в тканях, развитие ДСТ и патологию беременности.

При изучении доступной нам научной литературы не найдено данных о влиянии ДСТ на формирование женского таза, однако не исключена роль данной патологии в развитии анатомически узких тазов и развитии сопутствующих осложнений беременности и родов. Течение беременности при узком тазе может сопровождаться угрозой прерывания на разных сроках, развитием гестоза и фетоплацентарной недостаточности. Наличие у роженицы узкого таза практически всегда представляет угрозу для плода: ребенок может родиться в состоянии гипоксии или асфиксии, с нарушением мозгового кровообращения, черепно-спинальными травмами.

Учитывая астенический субтильный тип конституции при ДСТ, логично было бы спрогнозировать высокую частоту анатомически узких тазов, что определяло бы показания к кесареву сечению. Однако частота узкого таза, по данным литературы, у пациенток при ДСТ не превышает 19,1–28,6 %, а удельный вес общеравномерносуженного таза (все размеры уменьшены на 1–2 см) в структуре анатомически узкого таза среди пациенток при ДСТ составляет 21 %. Учитывая, что пациентки при ДСТ имеют тенденцию к рождению маловесных детей, вопрос узкого таза у этой категории больных представляет актуальность не более чем в 7 % случаев. Поэтому сообщения смежных специалистов о высокой частоте кесарева сечения при ДСТ, обусловленного высокой частотой узкого таза у субтильных пациенток, акушерами-гинекологами подвергаются сомнению. [5]

Таким образом, принимая во внимание широкий диапазон проявлений ДСТ, независимо от непосредственной причины обращения пациента к врачу необходимо прогнозировать динамику течения заболевания и риск возможных осложнений. Верификацию ДСТ у женщин следует рассматривать как чрезвычайно серьезную проблему в связи с высокой вероятностью развития ситуаций, представляющих витальную угрозу при беременности и в родах для матери и плода.

Цель исследования - выявить связь антропометрических показателей и дисплазии соединительной ткани с размерами женского таза.

Материалы и методы исследования

В исследование включены студентки Уральского государственного медицинского университета 5 и 6 курсов, всего 45 девушек от 22 до 26 лет. Оценивали антропометрические показатели (рост, массу, индекс массы тела, размах рук, соотношение размаха рук к росту, длину кисти и стопы) и внешние признаки ДСТ на основании Национальных рекомендаций [5].

Наружные измерения большого таза позволяют косвенно получить сведения о его форме и размерах (особенно по размерам наружной конъюгаты), поэтому определение их является обязательным. Пельвиометрическое обследование проводилось с помощью акушерского тазомера с учетом общепринятых рекомендаций и включало измерение размеров таза: *distantia spinarum*, *disntatia cristarum*, *distantia trochanterica* и *conjugata externa*; также дополнительно было проведено измерение индекса Соловьева. В соответствии с классификацией узких тазов, исходя из полученных при измерениях данных, обследуемые были объединены в 5 групп, включающих в себя 4 группы разных форм узкого таза (общеравномерносуженный, поперечносуженный, простой плоский, плоскорихитический) и контрольную группу, объединяющую случаи несуженного таза (Таблица 1).

Таблица 1.

Основные размеры и формы женского таза

Формы таза	D. spinarum	D. cristarum	D. trochanterica	Conjugata externa
Нормальный	25-26	28-29	30-31	20
Общеравномерно- суженный	24	26	28	18
Поперечносуженный	24-25	25-26	28-29	20
Простой плоский	26	29	30	18
Плоскорихитический	26	26	31	17

Статистическую обработку проводили с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена (r). Различия достоверны при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследовано 45 студенток с медианой возраста 23 ($22 \div 23$) года. Медианы антропометрических показателей в группе: рост 167($163 \div 170$) см, масса 57($52 \div 60$) кг, ИМТ 20,2($18,6 \div 21,9$) кг/м², размах рук 178($158 \div 174$) см, соотношение размаха рук и роста 1($0,97 \div 1,01$). Медианы пельвиометрических показателей: *distantia spinarum* 25($25 \div 26$) см, *disntatia cristarum* 27,5($26 \div 28$) см, *distantia trochanterica* 32($30 \div 33$) см, *conjugata externa* 19,5($18 \div 20$) см, индекс Соловьева 15($14 \div 15,5$) см.

Результаты корреляционного анализа представлены в табл.2.

Таблица 2

Корреляция пельвиометрических показателей с антропометрическими и
внешними признаками ДСТ (r, p)

	D. spinarum	D. cristarum	D. trochanterica	Conjugata externa	Индекс Соловьева
Рост, см	0,26; 0,07	0,36; 0,014	0,41; 0,004	-	0,43; 0,003
Масса, кг	0,27; 0,074	0,53; 0,000	0,7; 0,000	0,6; 0,000	0,63; 0,000
ИМТ, кг/м ²	0,11; 0,46	0,38; 0,009	0,53; 0,000	0,57; 0,000	0,48; 0,000
Размах рук	0,42; 0,004	0,31; 0,041	0,28; 0,07	-	-
Длина кисти	0,39; 0,009	0,44; 0,003	0,56; 0,000	0,41; 0,005	0,4; 0,007
Длина стопы	0,36; 0,029	0,48; 0,002	0,52; 0,000	-	0,47; 0,003
Гипермобильность 1 пальца кисти	-0,43; 0,003	-0,28; 0,06	-	-0,3; 0,044	-
Гиперкифоз	0,28; 0,08	0,34; 0,02	0,41; 0,005	-	0,29; 0,048
Переразгибание локтевых суставов	-	-0,35; 0,019	-	-0,3; 0,041	-

В таблице представлены только те признаки ДСТ, которые имеют корреляции с большинством пельвиометрических показателей.

Выявлены положительные корреляции роста, массы тела, ИМТ, длины кисти и стопы с основными пельвиометрическими показателями и индексом Соловьева.

Таким образом, пониженные размеры конъюгат ассоциировались с невысоким ростом и низкой массой тела.

Наличие гиперкифоза ассоциировалось с более высокими размерами конъюгат и индекса Соловьева.

Признаки гипермобильности суставов находились в обратной корреляционной связи с пельвиометрическими показателями: чем больше гипермобильность, тем меньше конъюгаты таза.

Также выявлена достоверная корреляция D.spinarum с переразгибанием кисти (r=-0,36; p=0,015), D. trochanterica – с арахнодактилией (r=-0,32; p=0,032), Conjugata externa - с наличием арковидного неба (p=0,041), аномального прикуса (p=0,032), астенической грудной клетки (r=-0,43; p=0,003), синдактилии 2-3 пальцев стопы (r=-0,31; p=0,039).

Выводы:

1. Девушки, имеющие более низкие пельвиометрические показатели, обладают меньшим ростом, весом, ИМТ, длиной кисти и стопы.
2. Признаки гипермобильности суставов также коррелируют с меньшими пельвиометрическими показателями.
3. При планировании беременности девушкам с низкими росто-весовыми показателями и гипермобильностью суставов рекомендуется пельвиометрия для своевременного выявления вариантов анатомически узкого таза и разъяснения необходимости регулярного наблюдения с целью предупреждения нежелательных осложнений.

Список литературы:

1. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). СПб, 2015.
2. Клеменов А.В., Алексеева О.П., Востокова А.А. и др. Течение и исходы беременности у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. // Реферат, мед. журн. 2013. Т. 11. № 28. Available from: URL: <http://www.rmj.ru/main.html>
3. Перекальская М.Л., Макарова Л.И., Верещагина Г.Н. Нейроэндокринная дисфункция у женщин с системной дисплазией соединительной ткани // Клин. мед. 2012. № 4. С. 48-51.
4. Шиляев Р.Р., Шальнова С.Н. Дисплазия соединительной ткани и ее связь с патологией внутренних органов у детей и взрослых // Вопр. совр. педиатр. 2013. Т. 2. № 5. С. 61-67.
5. Мартынов А.И., Нечаева Г.И., Акатова Е.В., Вершинина М.В., Викторова И.А., Громова О.А. и др. Национальные рекомендации российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016; 1: 2-76.

УДК 618.21.3.155:194

Мирзахметова Д.Д., Актаева Л.М.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН КАК ИНДИКАТОР ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА**

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы
Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Mirzakhmetova D.D., Aktaeva L.M.

**DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM IN PREGNANT WOMEN
AS AN INDICATOR OF PERINATAL RISK**

Scientific center of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty
Medical University "Kazakh school of public health", Almaty